진료기록 열람 및 사본발급 위임장

대 리 인	성　　명		연락처	
	생년월일 (앞6자리)		관　계	
	주　　소			
위 임 인 (환자분)	성　　명		연락처	
	생년월일 (앞6자리)			
	주　　소			

위임인은 「의료법」제21조제2항 및 같은 법 시행규칙 제13조의2에 따라 「진료기록 등 열람 및 사본발급 동의서」에 기재된 사항에 대하여 일체 권한을 상기 대리인에게 위임합니다.

년　　월　　일

위임인 :　　(자필서명)

기찬통증의학과의원